

THOMAZ RIGON

**A INFLUÊNCIA DA DECISÃO MÉDICA NA “EPIDEMIA” DE
CESÁREAS: UM ESTUDO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO AO PARTO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2007

THOMAZ RIGON

**A INFLUÊNCIA DA DECISÃO MÉDICA NA “EPIDEMIA” DE
CESÁREAS: UM ESTUDO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO AO PARTO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Professor Co-Orientador: Prof^a. Dra. Roxana Knobel**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2007

*Dedico este trabalho aos meus pais Geno Luiz
Rigon e Marlene Rigon.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Charles Dalcanale Tesser e Roxana Knobel por todo aprendizado e dedicação.

Aos profissionais do centro obstétrico do Hospital Universitário de Florianópolis que participaram e fizeram possível a realização desse estudo.

Ao meu pai Geno Luiz Rigon, minha mãe Marlene Rigon e minha irmã Melissa Rigon que fazem possíveis minhas conquistas através das conquistas deles.

A todos que de alguma forma fizeram parte da minha vida nesses seis anos de curso de medicina.

RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo investigar a relação dos obstetras com o processo decisório da via de parto pesquisando quais fatores relacionados aos médicos estão se fazendo presentes na manutenção da “epidemia” de cesáreas.

Métodos: Realizou-se um estudo descritivo, qualitativo, através de entrevistas com onze profissionais de cuidado ao parto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, escolhidos intencionalmente. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática.

Resultados: As decisões médicas e muitas causas relacionadas aos médicos foram consensualmente consideradas como influentes tanto na geração, quanto na manutenção da cultura de cesáreas, embora não tenha havido unanimidade entre os entrevistados. Foram citados a praticidade, a rapidez do procedimento cirúrgico e a questão financeira como fatores envolvidos na decisão médica. Foram relacionadas à “epidemia” transformações da habilidade clínica obstétrica, como o desconhecimento da fisiologia do parto, inabilidade de administrar distócias e a supervalorização de riscos, associados a um “modelo tecnocrata” de obstetrícia. O desejo das pacientes e o medo de processos também foram citados como fatores facilitadores das altas taxas de cesárea. Questões como a formação médica e da equipe de cuidadores do parto, orientações durante o pré-natal e a analgesia do parto apareceram como pontos que necessitam de investimento para obtenção de taxas mais próximas da preconizada.

Conclusão: As práticas médicas influenciam de maneira determinante na “epidemia” de cesáreas. As escolas de obstetrícia estão direcionadas para os ensinamentos da cirurgia, do modelo tecnocrata, e não mais para o entendimento da fisiologia do parto. A medicina defensiva parece estar se insinuando cada vez mais no raciocínio clínico dos obstetras. Medidas centradas na educação e treinamento foram consideradas necessárias para diminuir as taxas atuais de cesárea. Outros estudos aprofundando estes resultados necessitam ser realizados para melhor compreensão do problema.

Palavras-chave: cesárea, trabalho de parto, obstetras.

ABSTRACT

Objective: The study aimed to investigate the relationship of obstetricians with the decision of the route of delivery searching which factors related to doctors are doing in the maintenance of the "epidemic" of cesarean.

Methods: It is a descriptive study, qualitatively, through interviews with eleven professional care of the confinement of University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago, chosen intentionally. The interviews were recorded, transcribed and submitted to the examination subject.

Results: The decisions and many medical causes related to doctors were consensually considered as influential both in the generation, as in the maintenance of the "epidemic" of cesarean. Although there has been no unanimity among the interviewees. They were said to practicality, the speed of the surgical procedure and the question as financial factors involved in medical decision. They were related to the "epidemic" of transformations ability obstetrical clinic, as the ignorance of the physiology of childbirth, inability to administer birth problems and overvalue risks, associated with a "technocratic model" of obstetrics. The desire of patients and the fear of cases were also cited as factors facilitators of the "epidemic". Issues such as medical training and the team of caretakers of childbirth, guidelines for the pre-natal and analgesia delivery appeared as points that need investment for obtaining closest to the recommended rates.

Conclusions: The medical practice on a decisive influence in the "epidemic" of cesarean. Schools of obstetrics are directed to the teachings of surgery, the model technocrats, not more to the understanding of the physiology of childbirth. The defensive medicine seems to be hinting increasingly in clinical reasoning of obstetricians. Measures focused on education and training were considered necessary to reduce the current rates of cesarean. Other studies deepening these results need to be made to better understanding of the problem.

Key words: cesarean, work of childbirth, obstetricians.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMRIGS	Associação Médica do Rio Grande do Sul
HU	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
OMS	Organização Mundial de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Pressupostos e hipóteses.....	5
2 OBJETIVO.....	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 MÉTODOS.....	10
3.1 Delineamento do estudo.....	10
3.2 Estratégias metodológicas.....	11
3.2.1 Seleção do grupo.....	11
3.2.2 Entrevistas.....	12
3.2.3 Análise do material.....	14
3.3 Aspectos éticos.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 Sobre os entrevistados.....	16
4.2 Resultados e discussão.....	17
5 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE I – Roteiro de entrevistas com profissionais médicos.....	41
APÊNDICE II – Roteiro de entrevistas com profissionais não-médicos.....	42
APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	43
NORMAS ADOTADAS.....	44
FICHA DE AVALIAÇÃO.....	45

1 INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta uma das maiores taxas de cesárea do mundo, sendo observadas taxas gerais de até 40%. Considerando os procedimentos em hospitais particulares, a taxa de cesáreas pode chegar a mais de 80%, porcentagem muito acima da prevista pela Organização Mundial de saúde (OMS)^{1,2}. Entre 1993 e 1997 a taxa de cesarianas no Chile foi de 40% - a mais alta do mundo. No Brasil, a média nacional esteve pouco acima de 36% durante o mesmo período. Em Cuba, México, Uruguai e Argentina, a média foi de pouco mais de 23%³.

Sabe-se que a via normal, mais comum e desejável para o parto é a via vaginal. Considerando uma população de gestantes de baixo risco a OMS preconiza que, no máximo 15% dos partos deveriam ser por cesárea⁴. Não há um consenso rigoroso quanto a essa porcentagem, mas citam-se cifras de 10 a 15% como adequadas à população geral⁵.

Todavia, ao longo das últimas décadas, a expansão da realização de cesáreas no Brasil deu origem ao que já foi chamado de “epidemia” de cesárea, ou “cultura da cesárea”. Esta “epidemia” está concentrada nas áreas urbanas – onde se encontra a maioria da população - e nas mulheres de maior nível sócio-econômico^{6,7,8}. Apesar de atender a pacientes de maior risco e de menor poder aquisitivo, as instituições públicas registram taxas menos altas de cesárea^{1,7,9,10,11}.

O fenômeno do aumento das cesáreas é mundial e muitos fatores podem estar envolvidos nesse processo. Os mais comentados pelos pesquisadores podem ser categorizados como: fatores relativos às parturientes; fatores culturais gerais (pressão da cultura da cesárea influenciando médicos, parturientes e sociedade em geral); e fatores relativos aos médicos.

Quanto às parturientes, haveria o desejo de “aproveitar o procedimento cirúrgico” para fazer a laqueadura e o medo da dor e lacerações vaginais que podem aparecer no parto normal, além de suposta frouxidão perineal decorrente do parto normal. Fala-se também sobre a medicalização da mentalidade das mulheres associada ao “empoderamento” das mesmas, o que deve estar envolvido no fato de que nas classes mais ricas as taxas de cesárea são maiores.

Além disso, o número de cesáreas poderia estar aumentando por causas médicas exclusivas, como, por exemplo, o uso de recursos propedêuticos mais modernos, que permitiria uma melhor avaliação da gestação e, com diagnósticos mais precisos, aumentaria as indicações

de cesárea. No entanto, esse argumento já foi descartado, pois o aumento do número de cesáreas não corresponde a uma diminuição das taxas de mortalidade perinatais. Após certo nível, o uso da tecnologia deixa de ter um impacto benéfico sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal e trás um potencial de iatrogenia^{1,2,12}.

Os fatores culturais gerais referem-se à já citada medicalização^{13,14,15,16} do ideário das pessoas em geral e das mulheres em particular, fazendo com que a cesárea seja considerada um bem de consumo^{1,8,9,10,17,18}.

Não há dúvidas ou polêmicas no ambiente acadêmico e científico: a cirurgia cesariana, quando necessária, pode salvar a vida do conceito e da mãe, mas tem um risco maior tanto para a mulher gestante quanto para o bebê. Por isso, só deve ser praticada quando houver uma indicação médica formal, um risco de morte ou de sérios danos para a saúde da mãe, da criança ou de ambos². De outro modo, será uma “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas”¹⁷.

Por fim, resta introduzir e discutir os fatores relacionados aos médicos, objeto desta pesquisa. A opinião e decisão médica no momento do parto têm uma inegável força.

O momento do parto e nascimento é geralmente carregado de expectativas, medos, ansiedades e preocupações para a gestante, sua família e a equipe que acompanha o processo. Particularmente para a futura mãe, é um momento longo, geralmente doloroso, em que seu poder e sua competência decisória são considerados como profundamente abalados. Em geral, a mulher está quase que entregue ao cuidador, via de regra, nos centros urbanos, um obstetra.

Como exemplo desta presumida fragilidade, vale comentar que a lei de esterilização definitiva no Brasil (Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996), veda a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesariana anterior. A referida lei, além de supostamente evitar a realização do ato cirúrgico apenas para a esterilização, reflete o fato de se acreditar que não se deve considerar a opinião da parturiente sobre esterilização no momento do parto – essa opção da mulher só pode ser levada em conta antes e depois deste momento. Ou seja, está suposto e aceito que este é um momento inadequado para uma decisão de tão longo alcance como a interrupção definitiva da fertilidade.

Diniz¹⁸ refere que a cesárea a pedido é indicada pelos mais importantes professores e formadores de opinião como tratamento da “neurose de ansiedade” que o parto pode despertar. No entanto, esses mesmos obstetras parecem ter pouca flexibilidade para atender outros tipos de

pedidos das parturientes, mesmo se esses representarem menor risco (como não realização de episiotomia ou outras condutas intervencionistas).

Vários fatores ligados aos médicos podem ser relacionados como forças alimentadoras da “epidemia”: simples conveniência, facilidade de agendamento (em pacientes privados e públicos)^{19,10}, rapidez no parto, receio de processos por má prática^{10,20} ou questionamento pelos comitês de mortalidade materno-infantil (a chamada medicina defensiva - embora não existam dados nacionais a respeito), adesão ideológica à cesárea (crença na tecnologia cirúrgica como mais segura). Fatores econômicos ainda devem ser levados em conta. No Brasil, na década de 70 e 80, as cesáreas eram mais bem remuneradas do que os partos normais. Isso tornava a cesárea vantajosa financeiramente, para o profissional e a instituição em que se dava o parto⁵.

O crescimento das taxas de cesárea no Brasil atingiu níveis tão preocupantes que, em 1998 o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.816 para remunerar igualmente partos vaginais e cesáreos, pagar pela analgesia nos vaginais e ainda não efetuar o pagamento das cesáreas da rede pública que ultrapassassem um máximo de 40% do total dos partos²¹.

O fato de esta portaria ter tido alguma eficácia nas taxas de cesáreas, via restrição de pagamento, sugere fortemente que os fatores econômicos, também relacionados aos médicos, têm peso maior do que se menciona na literatura²². Ainda mais se for levado em conta que conveniência, facilidade de agendamento e rapidez no procedimento carregam em si desdobramentos e consequências econômicas: menos tempo de trabalho no mesmo procedimento (parto) por mesmo pagamento, significa maior remuneração. Menos tempo gasto com o parto significa diminuição de perda de outras atividades (consultas, cirurgias etc) remuneradas, que assim podem ocorrer, sem suspensão temporária de ganhos, adiamentos de consultas e transtornos de agendamento¹⁰. Mas, ao considerar as contas públicas do setor saúde, o abuso de cesárea tem um enorme impacto adicional resultante do procedimento cirúrgico em si, da simples ocupação por mais dias de internação dos leitos e da necessidade de tratamento das complicações advindas da cirurgia¹⁸.

Outra fonte de evidências indiretas sobre a importância dos fatores médicos como promovedores da “epidemia” de cesáreas são dados de regiões onde há outros cuidadores do parto, seja pela cultura local, seja pela dificuldade de acesso aos médicos, seja por ambos. Um exemplo é o Estado brasileiro do Amapá. Esse estado desenvolveu um projeto iniciado em 1995 que envolveu o reconhecimento, a legitimação e o enriquecimento do trabalho das parteiras do

Estado, que realizam grande parte dos partos do estado nos domicílios com alto padrão de “humanização” do parto. Em Jucá & Moulin²³ encontra-se que “nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, a porcentagem de partos assistidos por um médico cai para valores em torno de 55%, aumentando a representatividade de enfermeiras e parteiras (cerca de 40%), o que está de acordo com a elevada proporção de partos domiciliares existentes nessas áreas”. No Amapá, de 1995 a 2001, haviam sido cadastradas e treinadas aproximadamente 1300 parteiras (idem, p.25 e 99). “O projeto (...) exigiu que se criasse um sistema de acompanhamento, para registro de partos feitos por parteiras que dependem de uma ação conjunta das instâncias de poder federal, estadual e municipal”(idem, p.24). O projeto, “desde o início de sua implantação, foi rechaçado por ginecologistas e obstetras do Estado” (idem, p.23).

As parteiras, antes dispersas pelo vasto território do Amapá, foram reconhecidas, auxiliadas em sua organização, receberam treinamento obstétrico especificamente adaptado para congregar seu saber tradicional e suas práticas (40% delas são indígenas, Jucá & Moulin²³) com o saber científico, organizou-se material de parto para uso domiciliar. Vale ressaltar que o Estado do Amapá é o campeão de partos normais no Brasil (88%), com o menor índice de cesarianas do país (12%); é o 4º estado com maior cobertura de pré-natal e o 2º com menor coeficiente de mortalidade infantil (idem, p.91) Há material suficiente para formular a hipótese de que há correlação entre o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais e a taxa de mortalidade infantil e o percentual de cesáreas (idem, p.11). Não foi possível obter informação atualizada sobre a proporção dos partos realizados pelas parteiras do Amapá em relação ao total de partos naquele Estado, nem sobre a atual situação desse projeto atualmente. Estes dados dependem da inclusão do registro dos partos domiciliares nas estatísticas oficiais e da magnitude do possível sub-registro desses partos, sobre o que não foi possível obter informações.

A literatura é relativamente mais vaga e de menor volume de pesquisas sobre os fatores relacionados aos médicos. Muitos dos argumentos são considerações feitas pelos pesquisadores, via de regra obstetras, e não resultados de pesquisas. Isso sugere que talvez os obstetras sejam menos estudados, talvez porque são os próprios que produzem a maioria das investigações sobre esse tema. Isso pode ocorrer por ser mais difícil abordar publicamente, com os próprios protagonistas que são pares, um tema tão fortemente ligado a saberes consensuais e a práticas pouco sustentáveis técnica e eticamente, e, todavia, muito comuns no Brasil.

As discussões na literatura especializada não avançam para além do que foi brevemente

exposto. É a escassez de estudos, a evidente importância dos fatores relacionados aos cuidadores das parturientes, e a grande relevância para Saúde Pública e para o futuro da assistência ao ciclo gravídico e ao parto no nosso país, de que se reveste o tema, que justificam este estudo. Ele almejou estudar a situação desses curadores oficiais que são os médicos, quanto à sua atuação na citada “epidemia” e quanto à repercussão que a mesma pode estar tendo na sua prática, seu saber e sua formação. Tanto do ponto de vista dos saberes, como dos valores, das práticas, da habilidade clínica na condução do processo de parto, das suas posturas, comportamentos e opiniões a esse respeito.

1.1 Pressupostos e hipóteses

Foi usado neste estudo o referencial teórico sócio-epistemológico proporcionado por Fleck²⁴. Este autor cunhou o conceito de *estilo de pensamento*: “uma coerção determinada de pensamento e a totalidade da preparação e disponibilidade intelectual orientada a ver e atuar de uma forma e não de outra.”(p.111) “Podemos definir o estilo de pensamento como um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido” (p.145). Tal perceber dirigido vem influenciado pela história, relações sociais, psicológicas e pela suave coerção recebida no aprendizado para que determinada forma seja percebida.

Pessoas que compartilham de um mesmo estilo de pensamento formam um *coletivo de pensamento*, caracterizado por possuir linguagem específica, práticas, valores, normas, interesses, objetivos e métodos comuns, solidariedade interpares e formação especializada.

Para Fleck, um coletivo de pensamento portador de um estilo de pensamento organiza-se em círculos sócio-cognitivos organizados de acordo com a especialização e a elaboração epistemológica. Existem os círculos especializados produtores de saber, chamados *esotéricos*, que na medicina seriam constituídos pelos “cientistas de ponta” especializados em um problema ou questão, que comungam de uma cultura e um conhecimento superespecializado. Existe a periferia dos círculos esotéricos, que podemos chamar de círculos intermediários, formados por especialistas gerais e, no caso da medicina, por médicos praticantes, especializados socialmente e no saber, mas não tanto quanto os primeiros. E existem os círculos periféricos chamados *exotéricos*, formados pelos leigos e no caso da medicina, por usuários e pacientes, portadores de uma cultura geral e um saber popular não especializado.

Segundo Fleck²⁴, toda a base de um saber especializado deriva do senso comum, da cultura geral, dos extratos exotéricos de qualquer estilo de pensamento. Esse saber fornece o senso de confiança, as concepções gerais de mundo e de universo, a estabilidade emocional das certezas evidentes por si. Algumas partes desse saber exotérico são transformadas e desenvolvidas pelo círculos especializados (*esotéricos*) de um estilo de pensamento, através de seus métodos, objetivos, valores e técnicas, produzindo novo saber. Tal saber, agora esotérico, gera novas concepções, permite descobertas, eficácias, novas idéias e tecnologias, que permitirão novas práticas sociais – inicialmente esotéricas e mais restritas. Uma parte destas, por sua vez, em processos sociais complexos, se revestirão de legitimidade social e epistemológica pertinente ao coletivo especializado em questão, e poderão, então, fazer o caminho de volta ao mundo social geral (*exotérico*) e o influenciar.

Nesse caminho de volta, os saberes se transformam, ficando mais simples, mais dogmáticos e mais esquemáticos. Afastado do centro esotérico em direção à periferia exotérica, o saber fica “fortemente dominado por um grafismo emotivo que confere a ele segurança subjetiva do evidente” (Fleck²⁴, p.165). O saber exotérico caracteriza-se pela omissão dos detalhes, por uma exposição artisticamente atrativa, viva e gráfica e, por último, uma valorização que consiste no simples aceitar ou rechaçar certos pontos de vista.

Uma vez estabelecido firmemente no saber exotérico (popular) até que se torne uma coerção do pensamento, o saber retorna ao especialista como um fundo cultural, perceptivo e cognitivo, como aquilo que é pura evidência, que não se precisa mais provar nem se pode mais questionar – aquilo que não se pode pensar de outro jeito. Desta maneira, fecha-se o círculo da dependência intracoletiva do saber. E se pode compreender que há mútuas e diferenciadas influências entre os círculos esotéricos e exotéricos de um estilo de pensamento, que estão sempre em processo de transformação, inter-influenciados mutuamente.

Através da visão fleckiana acima sintetizada, pode-se esboçar algumas hipóteses interpretativas e compreensivas do processo de medicalização do parto, ou da banalização da “epidemia” de cesáreas, que foram objeto desta investigação.

O estilo de pensamento biomédico, incluindo a obstetrícia, é um complexo conjunto de saberes, valores e práticas, apenas parcialmente racionais ou baseados em evidências científicas. As práticas obstétricas são resultantes complexas da interação de saberes, valores e práticas esotéricos, intermediárias e exotéricas, e não simplesmente aplicação de saberes e tecnologias

científicas esotéricas.

Pode-se entender, desse modo, que variáveis, forças e fatores do mundo exotérico, das realidades da prática clínica real nos serviços públicos e privados brasileiros, das características sócio-culturais, valores e interesses econômicos dos obstetras brasileiros, “ascendam” aos centros formadores dos cuidadores das parturientes, influenciando a prática e o saber ali exercidos.

Ao longo do tempo, dependendo das características culturais, sociais, econômicas e dos valores éticos, transformações vão ocorrendo no saber e na prática, não necessariamente direcionadas para uma melhor conformidade com o que a própria ciência aponta como mais veraz, mais eficaz, mais saudável e menos iatrogênico. As evidências esotéricas são apenas um tipo de força a conformar o cabedal de saberes e práticas intermediárias (clínicas) e exotéricos, e podem ser superadas e ou modificadas por outras ordens de fatores provindos do mundo exotérico, da vida social e cultural.

A hipótese principal investigada é que um processo desse tipo vem ocorrendo com o saber e prática obstétricos no Brasil. Ou seja, esse seria o caso da questão das cesarianas e a prática obstétrica geral atual, em que as “evidências científicas” apontam claramente para uma assistência menos intervencionista¹⁷, mas a assistência prestada pela maioria dos serviços e médicos prima exatamente pelo intervencionismo e “tecnocratização” do parto^{18,25}.

Deve-se considerar também a hipótese de que, se a “epidemia” de cesáreas no Brasil se intensifica da década de 1980 em diante (ou seja, já tem mais de 25 anos), os formadores de profissionais – professores, monitores e instrutores – já estão conduzindo o parto de uma maneira mais voltada para a cesárea e os seus alunos já possuem menos habilidade para a realização do parto normal. Diversos autores^{25,26,27} consideram os locais de formação de recursos humanos como os mais importantes pólos de resistência à mudança nas práticas – no caso mudanças para práticas menos intervencionistas.

Mesmo com políticas de humanização do parto e incentivo ao parto vaginal, pode estar havendo um bloqueio de ordem cognitivo-prática (da habilidade clínica) que impeça a redução do volume de cesáreas, mesmo onde as instituições e os obstetras sejam “favoráveis” ao parto vaginal, devido à transformação nos saberes correntes nos círculos clínicos e principalmente na sua habilidade clínica. A qual, mesmo com o desejo da parturiente e do obstetra, está, por hipótese, se re-configurando para perceber e mensurar riscos de forma a hiperdimensioná-los,

gerando uma “artificial” e ilusória necessidade de cesáreas, que se associa com os fatores sociais, culturais e econômicos favoráveis à intervenção cirúrgica. A favor desta hipótese, Diniz¹⁸ afirma que em alguns serviços se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles. O profissional que enfrenta este contexto institucional adverso e insiste no parto vaginal é freqüentemente considerado um “trouxa” pelos colegas.

Se houver verdade nisso, uma nova vertente de fatores explicativos e compreensivos para a “epidemia” de cesárea teria que ser aventada. Uma vertente sócio-cognitiva e de competência clínica, que diz respeito à habilidade clínica dos cuidadores: eles podem não estar aprendendo mais, ou não saberem mais, como talvez soubessem em outros tempos, exercitar valores, saberes e práticas de modo a acompanhar um parto de modo a evitar intervenção cirúrgica precoce ou desnecessária. Essa habilidade é vista sob um ponto de vista bem geral: relacionamento com pacientes e familiares, tranquilidade ética, noção de limites pessoais e de riscos envolvidos, habilidade na dosagem e construção do compartilhamento desses riscos, habilidade para uso de instrumentos pertinentes facilitadores do trabalho de parto vaginal, e capacidade de administração e acompanhamento dessas variáveis mencionadas ao longo do processo de parto.

Os fatores relacionados aos médicos e sua habilidade clínica, relacionados à decisão sobre via de parto e assim à epidemia de cesáreas, de ordem sócio-cultural, ética e cognitiva, foram o objeto central deste estudo.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Investigar a relação dos cuidadores das parturientes de um Hospital Universitário público com o processo decisório da via de parto e os seus saberes e práticas a esse respeito, pesquisando quais fatores relacionados aos médicos e como eles estão se fazendo presentes e se associando aos demais fatores alimentadores da “epidemia” de cesáreas.

2.2 Objetivos específicos

1 – (OE1) Investigar a hipótese de possível transformação na habilidade clínica e nos saberes obstétricos sobre o manejo do processo de parturição, particularmente sobre a avaliação de riscos e indicações de via de parto (normal, vaginal operatório ou cesárea).

2- (OE2) Investigar se a chamada medicina defensiva (Kloetzel²⁸, cap.13), que prescreve condutas intervencionistas na clínica em geral, pode estar sendo traduzida na obstetrícia como uma tendência à realização de cesáreas, se incorporando à habilidade clínica dos obstetras em formação e dos praticantes.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo de natureza empírica, descritiva, transversal, qualitativo. Um estudo qualitativo consiste no estudo de temas em seu cenário natural, buscando interpretá-los em termos do seu significado assumido pelos indivíduos, em termos do contexto de sua produção e a luz de teorias ou hipóteses. Segundo Minayo & Minayo-Gomez ²⁹ (p. 137), a abordagem qualitativa

é própria para aprofundar a compreensão de grupos, de segmentos e de micro-realidades, visando ao desvendamento de sua lógica interna e específica, de sua cosmologia, de sua visão de determinados problemas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas.

Utilizando esta síntese de Minayo e Mynayo-Gomez²⁹, pode-se considerar que neste estudo almejou-se contribuir para a compreensão da relação da prática médica obstétrica com a “epidemia de cesáreas”, através do estudo de um grupo de profissionais da assistência ao parto de um serviço público no Brasil (médicos obstetras e enfermagem). Visou-se desvelar algo da lógica interna e específica do cuidado ao parto pela visão dos profissionais que nele atuam, abordando problemas relativos ao papel dos médicos na decisão da via de parto e sua relação com a “epidemia” de cesáreas, que se expressam em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas.

Dado o caráter nacional da “epidemia” de cesáreas, em que pesem as muitas heterogeneidades de cada região, municípios e mesmo serviços de cuidado ao parto no Brasil, considerou-se que uma aproximação inicial desse universo, pouco pesquisado diretamente, através de um estudo local, viável para o tempo e os recursos de um trabalho de conclusão de curso, contribuiria para a construção de uma melhor compreensão do fenômeno complexo e preocupante em nosso país que é essa “epidemia”.

3.2 Estratégia metodológica

O estudo foi realizado no Hospital e na Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O Hospital da UFSC é conveniado ao SUS e atende parturientes desde 1995. A Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) de Florianópolis foi concebida com a proposta de um conjunto de princípios chamados de Filosofia da Humanização, que pretende uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção, presença de acompanhante, utilização de técnicas não-farmacológicas para alívio da dor, incentivo ao aleitamento materno, liberdade de posição durante trabalho de parto e parto. A taxa de cesáreas do referido hospital variou entre 30 e 38% no período de 2000 a 2005, dados obtidos através da estatística anual de procedimentos do Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico.

3.2.1 Seleção do grupo

A amostra foi composta por onze profissionais do cuidado ao parto, entre eles médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem que trabalham na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A pesquisa qualitativa muitas vezes “decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco; facilidade de encontrar as pessoas; tempo dos indivíduos para as entrevistas; etc)” (Triviños³⁰, 1987, p.132). Segundo Triviños³⁰, entre os critérios importantes para escolher um bom informante estão: antiguidade na comunidade e envolvimento desde o começo no fenômeno que se quer estudar; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que tem envolvido o foco em análise, disponibilidade para participar; capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo.

A escolha da amostra foi intencional e realizada através de uma fase exploratória, que consistiu em uma conversa informal com um dos residentes em ginecologia e obstetrícia, o qual através de seu convívio diário na maternidade do Hospital Universitário, soube indicar uma das enfermeiras com mais tempo de serviço no cuidado ao parto que serviu como primeira informante-chave para indicar os profissionais com potencial para fazer parte do estudo. Os

critérios expostos para a indicação dos componentes da amostra do estudo foram: obstetras sabidamente favoráveis ao parto normal e enfermeiras e técnicas de enfermagem com maior tempo de serviço na maternidade do Hospital Universitário. Isso poderia permitir uma possível perspectiva histórica desses profissionais sobre o serviço e as práticas de atenção ao parto dos obstetras ali inseridos. Foram indicados, primeiramente, oito profissionais que se enquadraram nos critérios expostos, juntamente com seus horários de trabalho, para que fosse possível localizá-los durante o horário de plantão para realização da primeira abordagem e, posteriormente, se fosse o caso, agendamento das entrevistas.

Um desses profissionais foi entrevistado para um teste do roteiro de entrevistas, e foi solicitado para que ele fizesse a indicação de outros profissionais que se enquadrassem nos critérios para participação no estudo, como forma também de corroboração das primeiras indicações. Outros profissionais, assim, foram acrescentados.

No seguimento do estudo, realizaram-se entrevistas com seis obstetras, três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem, não havendo sugestões de outros nomes para participação no estudo, sendo os demais participantes confirmados entre si ao longo das entrevistas.

3.2.2 Entrevistas

A entrevistas seguiram a rotina já descrita de abordar os possíveis entrevistados no horário de trabalho e fazer o agendamento das entrevistas para um outro dia em que estivessem de plantão. Foram realizadas seguindo-se os roteiros semi-estruturados, gravadas em áudio digital e tiveram duração entre vinte e trinta minutos. Foram transcritas e impressas para análise.

Como forma de convite e abordagem inicial, para facilitar a aceitação e aderência à pesquisa, foi usado o tema da pressão social, institucional e econômica sobre a decisão da via de parto, que foi na entrevista explicitado e detalhado nas perguntas de forma direta, conforme os objetivos da pesquisa.

Apesar da delicadeza e dificuldade de abordagem, e por isso mesmo, optou-se por abordar a parte relativa à habilidade clínica, opinião pessoal, postura e valores do entrevistado quanto à via de parto, bem como o grau de sua adesão à chamada medicina defensiva, por hipótese também fomentadora da “epidemia” de cesáreas, de forma direta, ao longo do correr das entrevistas. Considerou-se que a possibilidade de obtenção de respostas “politicamente corretas” era muito grande qualquer que fosse a abordagem do tema. A intencionalidade da seleção dos

entrevistados bem como o cuidado na geração de um bom clima relacional na entrevista foram usados como estratégia para atenuar esta dificuldade, contribuindo na obtenção de respostas sinceras e pouco artificiais.

A restrição da pesquisa aos ambientes de serviços públicos humanizados favoráveis ao parto normal e a profissionais médicos simpatizantes dessa “causa” se justifica devido à ênfase deste estudo na investigação da transformação das habilidades clínicas dos obstetras. O raciocínio sustentador dessa estratégia metodológica é claro: se mesmo nos hospitais públicos humanizados, seus profissionais e com políticas favoráveis ao parto normal pode-se estar desaprendendo a conduzir partos de baixo risco e realizando cesáreas em excesso, pode-se supor que esse processo está ocorrendo fortemente em todos os ambientes de atenção ao parto, e até mais fortemente fora desses ambientes tidos como favoráveis ao parto vaginal.

As perguntas elaboradas foram do tipo abertas, evitando, ao máximo, respostas dicotômicas e a indução de respostas por parte do entrevistador, porém permitindo a intervenção deste com perguntas fechadas quando se fizesse necessário, todavia sem cercear a comunicação, conforme proposto por Minayo³¹

no formato final de sua elaboração, o roteiro deve apresentar-se na simplicidade de alguns tópicos que guiam uma *conversa com finalidade* sob as seguintes condições, cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores

As perguntas apresentadas nos roteiros de entrevistas funcionaram como guia da entrevista; entretanto, nem tudo que estava escrito precisou ser perguntado aos sujeitos da pesquisa na forma como foi colocado, ficando a critério do entrevistador alterar seu conteúdo e sua ordem a fim de estimular a conversa mais solta e com sequência lógica. Antes da elaboração dos roteiros definitivos, foi executada uma entrevista, com um médico, seguindo-se roteiro preliminar, como uma espécie de fase pré-teste; entretanto, ao final desta fase, optou-se por aproveitar essa entrevista dada a boa qualidade do material produzido.

Na execução das entrevistas, procurou-se seguir da melhor forma possível as orientações dadas por Minayo³¹, quanto à “menção do interesse da pesquisa”, “apresentação de credencial institucional”, “explicação dos motivos da pesquisa”, “justificativa da escolha do entrevistado” e “garantia de anonimato e sigilo” aos entrevistados.

3.2.3 Análise do Material

A pesquisa produziu um material composto pelos discursos dos entrevistados, obtidos por meio das transcrições das entrevistas. Esses dados foram analisados utilizando-se o método de análise de conteúdo sistematizado por Bardin³². A técnica utilizada foi a análise temática, em que o texto é analisado por intermédio dos sentidos embutidos em suas palavras, ou seja, o tema, que de acordo com a própria definição da autora, “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”, podendo ser analisado de forma quantitativa (quanto à frequência que o tema aparece no texto) ou qualitativa (quanto à presença ou não do tema no texto). A análise do conteúdo seguiu então as suas três fases cronológicas que, baseado na autora, são: “a pré-análise”; “a exploração do material”; e “o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”. Embora esta seja uma divisão lógica da análise, deve ficar claro que ela é uma divisão didática, pois muitas vezes, durante o processo, podemos pular de uma fase para outra sem seguir a sequência, seja de forma consciente ou inconsciente.

A fase da pré-análise consistiu na organização inicial do material que foi analisado, sendo de extrema importância, pois norteou o restante da análise e nela foram elaboradas as primeiras impressões e temas que posteriormente foram utilizados na interpretação do material. Para isso foi realizada uma leitura flutuante dos documentos, que nada mais é que uma leitura de todo o material que deu uma noção melhor do conjunto, sem a necessidade da análise minuciosa do material.

Na exploração do material, foram relidos os documentos, desta vez de forma minuciosa, a fim de serem extraídos todos os temas possíveis, agrupando-se os trechos dos diversos documentos sob eles, processo esse chamado de categorização. Essas categorias foram as bases para elaboração do texto que deu forma à discussão do trabalho. Muitas destas categorias já foram criadas durante a fase de pré-análise; no entanto, novas categorias puderam ser criadas durante essa fase com a finalidade de abranger todos os temas encontrados.

A última etapa da análise de conteúdo consistiu na elaboração de um texto com sequência lógica, contendo trechos dos documentos, conclusões do autor, dados de outros estudos e conceitos teóricos, usando como roteiro os temas que foram criados durante as fases anteriores.

3.3 Aspectos éticos

Todas as pessoas que participaram das entrevistas foram devidamente esclarecidas sobre o caráter voluntário da pesquisa e lhes foi dada a opção de desistir a qualquer momento, bastando para isso comunicar sua decisão ao pesquisador principal. A ciência desses termos foi expressa por meio da assinatura, pelos participantes, e em cumprimento à resolução 196/96, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os dados que pudessem identificar os sujeitos da pesquisa foram omitidos no trabalho final e todos os arquivos que continham tais dados foram armazenados de forma que apenas o pesquisador principal tenha acesso. A pesquisa não apresentou nenhum risco à integridade física ou mental das pessoas envolvidas, e que de forma alguma foram persuadidas a participar contra sua vontade. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado sob o protocolo 118/06, antes do início da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Sobre os entrevistados

Os entrevistados podem ser divididos em três grupos distintos de acordo com a formação profissional. No grupo dos obstetras três eram do sexo masculino e três eram do sexo feminino. Já em relação à idade deles, a média de idade era de quarenta e três anos e meio com extremos de trinta e sete e cinquenta e dois anos de idade. O tempo de formado dos obstetras variou de quatorze a vinte e sete anos, o tempo de cuidado ao parto variou entre quatorze e trinta e três anos. O tempo médio de trabalho no Hospital Universitário oscilou entre dez e quinze anos, todos com pós-graduação em ginecologia e obstetrícia, três com mestrado (um em neurociência e dois em ciências médicas) e uma profissional com outra graduação. Dois profissionais desenvolvem seus trabalhos apenas no Hospital Universitário e os demais trabalham em outras clínicas e consultórios particulares.

Já no grupo das enfermeiras, as três entrevistadas eram do sexo feminino, apresentavam tempo de formada variando entre quatorze e vinte e cinco anos, e tempo de cuidado ao parto variando de onze a treze anos. O tempo de trabalho no Hospital Universitário variou de treze a vinte e cinco anos, as três com pós-graduação em obstetrícia e duas delas com mestrado, uma delas trabalha como professora de uma universidade particular além de trabalharem no Hospital Universitário.

No grupo representado pelas técnicas de enfermagem, as duas entrevistadas eram do sexo feminino, apresentavam tempo de formadas de nove e vinte e oito anos, com tempo de trabalho no Hospital Universitário de seis e treze anos, com tempo de cuidado ao parto de seis e treze anos; uma delas com curso superior na área da saúde e uma delas trabalhando além de na maternidade do Hospital Universitário, em outro hospital.

Dos onze profissionais entrevistados apenas dois não possuem filhos, os demais nove participantes possuem de um a três filhos. O parto pelo qual os filhos dos entrevistados nasceram foi cesárea na sua grande maioria (78,6%). Esse dado converge com um estudo polêmico sobre este tema que foi apresentado por Faisal-Cury e Menezes³³. Nele os autores enviaram

questionário anônimo pelo correio para 282 obstetras, perguntando-lhes que tipo de parto eles preferiam no caso de uma gestação (própria ou da esposa), não complicada, única, em posição cefálica, no termo. Cerca de 8% dos homens e 31% das mulheres optaram por cesariana. Tal proporção entre as obstetras, que a princípio não estão grávidas, denota uma importante adesão *a priori* ao parto cesáreo por parte dessas profissionais.

Para as citações na seção que segue os entrevistados foram numerados de 1 a 11 para sua citação no texto (E1...E11). As profissões foram anotadas como terceiro dígito da seguinte forma: Médicos: M, Enfermeiras: E, Técnicos de enfermagem: T. O sexo foi anotado como quarto dígito nas citações, masculino como M e feminino como F. Assim, após uma citação pode-se encontrar (E4MM), significando entrevistado n.4, médico, masculino.

4.2 Resultados e discussão

Na análise das entrevistas foram extraídos temas, alguns dos quais podiam ser agrupados em grandes temas e outros eram suficientemente amplos para serem divididos em subtemas. Foram categorizados por ordem de afinidade, sem ordenamento hierárquico, resultando na Tabela 1. Os grandes temas, temas e subtemas foram organizados tanto a partir das questões do roteiro de entrevistas e de conteúdos a elas relativos quanto de conteúdos que emergiram espontaneamente dos entrevistados. Tais conteúdos foram levados em consideração quanto à sua presença, significação e frequência.

Tabela 1 – Resultados.

GRANDES TEMAS	TEMAS	SUBTEMAS
CONVENIÊNCIA PARA OS MÉDICOS	Praticidade	
	Rapidez	
	Questão financeira	
CRENÇAS E MODELOS	Influência dos médicos	“Dono do saber”
	Modelos de prática	Modelo clínico-humanista
		Modelo cirúrgico-tecnocrata
MUDANÇAS HABILIDADES CLÍNICAS	Desconhecimento da fisiologia	
	Inabilidade com distócias	
	Supervalorização dos riscos	
	Formação e experiências	Experiências poderosas
MEDICINA DEFENSIVA	Medo de processos	
DESEJO PACIENTES	Pressão das pacientes	
	Pressão das famílias	
SUGESTÕES INVESTIMENTOS	Na formação médica	
	Na formação de equipe de cuidadores do parto	
	Na orientação das mulheres e famílias	Melhorar pré-natal
	Analgesia	

A apresentação e discussão dos resultados não seguirão necessariamente a ordem da tabela, para facilitação da fluência do texto.

Influência dos médicos

Entre as questões relacionadas aos fatores envolvidos na “epidemia” de cesáreas, correlacionados à prática médica, apareceu o tema da influência médica, enfocando o fato de os obstetras possuírem o direito de decisão final sobre a via de parto por ocuparem uma posição de destaque dentro de uma hierarquia: “existe uma hierarquia e nela a decisão do médico impera,

então as opções que ele toma tem grande repercussão, então é muito importante a decisão dele na “epidemia” de cesárea” (E9EF).

A literatura demonstra que em alguns casos, a escolha da via de parto (normal ou cesárea) motiva grande discussão clínica e, em geral, a gestante ou sua família não participa dessa discussão, sendo apenas informados da decisão final na qual não se leva em conta a sua aceitação ou não em relação à mesma ³⁴. Davis-Floyd³⁵ afirma que em conformidade com sua estrutura hierárquica, o “modelo tecnocrata” (adiante discutido) investe autoridade em médicos e que com isso ocorre a abdicação de preferências pessoais por parte dos pacientes em favor das preferências dos médicos. A decisão pela cesárea é mais precoce entre pacientes de serviços privados, isso sugere que nos serviços públicos o peso dessa decisão recai de modo mais intenso sobre os médicos, já que nesses serviços as usuárias são mais pobres, com menos opções e alternativas de assistência, sendo, consideradas menos “empoderadas”⁶.

A outra questão citada, ainda dentro do tema da influência médica, foi o médico como detentor de conhecimento, sendo que suas decisões não são contestadas por parte das pacientes, leigas no assunto: “quando o médico diz que não tem como eu ter um parto normal eu aceito porque eu não tenho conhecimento para contestar a decisão dele” (E8EF).

Isso se traduz muitas vezes em pouca orientação quanto à via de parto. Em Oliveira e Riesco³⁶, as respostas das mulheres quanto às informações recebidas no pré-natal sobre os tipos de parto sugerem explicações vagas e pouco consistentes, exemplificadas por: “a cesárea é pior que o parto normal”; “não se deve fazer força antes da hora”; “com dores importantes é para procurar o hospital”. Esses autores supõem que as mulheres, recebendo orientações mais detalhadas, como, por exemplo, as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, poderiam estar instrumentalizadas para discutir e participar, ainda que a relação profissional de saúde-parturiente envolva aspectos complexos, que vão além do poder de argumentação da mulher. Potter⁶, Hopkins¹¹ e Osis³⁷ consideram que o grande número de cesáreas não corresponderia à realidade, se as mulheres fossem ouvidas e esclarecidas sobre os procedimentos a serem realizados.

A questão da influência médica não deve ser, entretanto, encarada como um mal em si, a ser simplesmente combatido ou eliminado. Há sempre num profissional ou curador especializado reconhecido socialmente uma concentração de poder, advinda de suas competências adquiridas como curador, e os pacientes, ou parturientes, delegam para ele poder e responsabilidade, e

esperam que ele os use eticamente para o bom cuidado. Essa é a raiz da ancestral “relação de cura” entre doentes e curadores em todas as culturas, e envolve sempre uma diferenciação de poder. Talvez o que mereça ser enfatizado é que, no que tange à escolha de via de parto, o poder de decisão médica parece estar pesando, contrariamente ao conhecimento e à ética, a favor da cesárea. Embora não tenha havido muitas manifestações dos entrevistados afirmando isso, ficou evidente que não houve nenhum que afirmasse o contrário.

Praticidade

Associado ao tópico que diz respeito aos obstetras poderem decidir sobre a via de parto sem serem contestados, outro tema bem destacado e muito comentado pelos entrevistados foi a praticidade. Ela aparece como um mecanismo usado para aliviar o trabalho médico em situações de esgotamento após a jornada de trabalho: “às vezes o médico chega cansado do trabalho durante o dia, estressado, e acaba levando as mulheres pra cesárea durante o plantão da noite por não ter paciência pra acompanhar o trabalho de parto, por comodidade” (E9EF). Faúndes e Cecatti³⁸ afirmam que quando os profissionais médicos expressam a sua opinião sobre as causas do aumento da taxa de cesárea, a conveniência dos obstetras passa a ser destacada em igual ou superior proporção que o desejo e as limitações das mulheres.

O estudo de Cecatti e Cacheira³⁹ mostrou que quando a realização do parto ocorreu entre as treze e às dezoito horas houve um risco significativo de ocorrência de cesárea, sendo quase duas vezes maior em relação ao parto vaginal. Isto reitera o papel do médico na decisão de uma cesárea, haja vista a conhecida tendência de não se "passar o plantão" com casos não-resolvidos, que pode estar possivelmente envolvida na decisão do parto abdominal, pelo menos em alguma proporção deles.

Tempo

A praticidade apareceu ainda relacionada à facilidade de programação da cesárea dentro das tarefas pré-determinadas de um estilo de vida estressante: “também existe a questão da praticidade porque existe um tempo pré-determinado, pode ser programado dentro das suas atividades diárias o que é muito mais fácil de conciliar com uma vida corrida” (E2MF). “Pressa, eu acredito que seja mais pela pressa e pela praticidade de se ver livre daquele trabalho de parto e poder continuar com suas coisas do dia-a-dia” (E11TF). A simples conveniência e a facilidade

de agendamento são fatores que estão relacionados aos médicos como forças alimentadoras da “epidemia” de cesáreas (em pacientes privados e públicos)^{10,19}. Para o obstetra, a cesárea significa maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho, influenciando assim a decisão pelo parto cesáreo²¹.

Questão financeira

Relacionado ao tema da praticidade também foram citadas as questões financeiras. Necessitando de menos investimento de tempo, o médico pode realizar uma série de procedimentos, ao passo que optando pelo parto normal dedicaria esse tempo para somente uma paciente: “...[a cesárea é] bem mais prática, os médicos, como eles tem múltiplos empregos, não tem tempo para fazer um acompanhamento adequado, então pra eles é chegar e fazer a cesárea e voltar para o consultório” (E4MM) e também: “você resolve uma cesariana em meia hora, de preferência com horário marcado que não interfira no teu consultório” (E1MM).

Não foram só a questão financeira e a praticidade que apareceram relacionadas como vantagens da realização de cesárea. O tempo investido em uma cesariana também foi relacionado com a questão financeira: “o tempo dedicado, não precisa ter todo acompanhamento do trabalho de parto, vai para sala de cirurgia com horário marcado, e a questão financeira né, optando pela cesárea o médico fica com mais tempo” (E8EF). Optando pela cesariana, o profissional ficaria com mais tempo para ser dedicado a outras atividades diárias devido à rapidez do procedimento.

Um dos entrevistados, porém, menciona a questão financeira como sendo uma das vantagens atuais do parto normal: “por remuneração o parto normal paga muito melhor, alguns convênios pagam a hora de trabalho de parto e isso é um diferencial também” (E4MM). O profissional referiu-se ao fato de alguns convênios médicos remuneram por hora o tempo de evolução do parto normal. Possivelmente, o entrevistado referia-se a convênios como a “UNIMED”, por exemplo, atualmente em Florianópolis, que remunera até 6 horas de evolução de parto normal, mas não mais que isso. No contexto geral das entrevistas e desse mesmo profissional, a questão do tempo “ganho” com a rapidez da cesárea pareceu suplantear esta valorização do parto normal mencionada.

Modelo clínico-humanista X cirúrgico-tecnocrático

A formação dos obstetras atuais apareceu como importante para a transformação nos saberes obstétricos, sendo apresentada como muito mais voltada para a cirurgia do que para a clínica. Isso obviamente alimenta a “epidemia” de cesarianas:

obstetra está se tornando cada vez mais habilidoso no procedimento cirúrgico do que na habilidade de conduzir o trabalho de parto, as coisas básicas da obstetrícia como a locação do fórceps, um vácuo extrator, que era uma coisa que antigamente se fazia bastante hoje nem se usa mais (E4MM)

Segundo Silveira e Santos⁴⁰, em suas pesquisas investigando a associação entre características do profissional e cesariana, concluíram que a proporção de parto operatório era maior entre os recém-formados, do sexo masculino e quando feito pelo mesmo médico do pré-natal, observando também maior risco de cesariana para os nascimentos à luz do dia e às sextas-feiras.

Azevedo e Queiroga⁴¹, apresentam um estudo sobre o tipo de parto de 7134 adolescentes atendidas no Município de Ribeirão Preto (SP), no período de janeiro de 1992 a dezembro de 1996, identificaram as porcentagens de partos transvaginais, fórceps e cesáreas, respectivamente iguais a 59,2, 5,6 e 35,2%.

A questão do “modelo tecnocrata”, adotado pela maioria dos centros brasileiros, foi mencionada entre os principais motivos relacionados com o direcionamento cirúrgico observado na prática obstétrica atual:

a formação do próprio médico na pós-graduação em ginecologia-obstetrícia, existe muito disso de fazer o parto normal algo muito mais de risco que a própria cesárea, a sensação que eu tenho no convívio com os colegas é que vem da própria formação e até de cultura da obstetrícia brasileira de que a cesárea dá ao profissional o controle do evento (E2MF)

O modelo tecnocrata, segundo Davis-Floyd³⁵, pressupõe que o poder de intervenção e cura está concentrado na ciência e na tecnologia, personalizado no profissional e na sua intervenção concreta. Obviamente, isso é convergente com a atitude de decidir unilateralmente na direção da intervenção cirúrgica, sustentando a influência dos médicos na “epidemia”, que, entretanto é pouco ou mesmo nunca assumida como tal.

O modelo tecnocrata difere do modelo humanista basicamente na sua definição do corpo e seu relacionamento com a mente. Como todos os sistemas de cuidados de saúde, segue conceitos e crenças da sociedade que o criou, a sociedade ocidental, orientada à ciência, alta tecnologia (que reina suprema), lucro econômico e patriarcalismo. Durante mais de vinte anos, a

maioria da rotina obstétrica foi constituída por procedimentos que têm pouca ou nenhuma evidência científica para justificá-las, são realizados rotineiramente não porque eles fazem sentido cientificamente, mas porque cumprem papéis e significados culturais. Para o modelo tecnocrata há uma separação entre corpo e mente e o corpo é tratado como uma máquina, os pacientes são vistos como objetos, as informações mais importantes são consideradas as que vêm de máquinas de alta tecnologia, o sistema médico é organizado dentro de uma hierarquia rígida onde a autoridade é investida em médicos e na instituição, as rotinas são padronizadas, há uma supervalorização da ciência e da tecnologia com agressivas intervenções com ênfase em resultados em curto prazo³⁵.

Contribui também para esse processo a observação empírica por parte de profissionais e da população de que a cesárea apresentaria uma baixa morbi-mortalidade⁸. Esta percepção é frontalmente contestada pela unanimidade dos estudos científicos sobre o tema e pelo saber instituído na obstetrícia. O modelo tecnocrata gera crenças arraigadas nos profissionais, resistentes à informação científica e racional, próprias de profissionais não influenciados pelo modelo humanista: “questões pessoais em que o médico realmente acredita ser a cesariana a maneira mais segura pra mulher e para o bebê” (E2MF). Azevedo e Queiroga⁴¹, em estudo sobre a existência de uma "cultura da cesárea" afirmaram que no Brasil houve um processo de legitimação social do parto cesáreo, tanto pelos médicos como pelas pacientes, como tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida.

O modelo tecnocrata, também é relacionado como causa de altas taxas de cesárea devido a pontos como as condições de trabalho nas maternidades

[O] trabalho em maternidades que tem uma infraestrutura completamente inadequada, essa infraestrutura inadequada faz com que todos, inclusive os médicos, trabalhem com um nível de estresse superior ao indicado, vira na maioria das vezes uma linha de montagem, com uma área de pré-parto com cinquenta leitos, então você entra no ritmo da linha de produção, aquela coisa em série onde a cesariana entra como uma salvação (E1MM)

Desconhecimento da fisiologia do parto

Outro tema que emergiu das entrevistas foi a falta de conhecimento sobre a fisiologia do parto, também ligado ao modelo tecnocrata que é eminentemente cirúrgico: “o parto deixou de ser um procedimento fisiológico, pois o princípio, hoje, é o de formar cirurgiões” (E8EF). No estudo de Silveira e Santos⁴⁰, observa-se a influencia protetora do maior tempo de formado do médico do pré-natal contra o parto operatório, relacionando como explicação para isso o fato

desses profissionais mais antigos serem menos medicalizados. Ao descreverem o equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual, afirmam que em condições semelhantes o parto cesáreo relaciona-se de duas a onze vezes a mais com o risco de morte materna que o parto vaginal normal³⁴. Segundo Rattner¹ estima-se que 28,5% das mortes maternas não ocorreriam se as taxas de cesárea fossem reduzidas. Tedesco³⁴, demonstra que das realizações de cesáreas verificou-se que apenas 13% tinham real indicação, em apenas 29% dos casos a razão foi abertamente não médica e em quase 60% dos casos a razão “médica” apresentada não justificava a conduta adotada ou era no mínimo duvidosa.

Foi também citada nas entrevistas a falta de conhecimento técnico como contribuinte para as altas taxas de cesáreas: “[...] a total e absoluta falta de conhecimento da fisiologia do parto, particularmente da neurofisiologia do parto, onde não são levadas em consideração as enormes vantagens do parto normal” (E1MM). Para Angulo-Tuesta e Barbosa⁴², os obstetras consideram o parto como um processo que deve ser acompanhado com medições técnicas específicas e exatas, o que demanda intervenções a fim de modificar o curso do trabalho de parto e manter controle sobre a mulher e o nascimento para evitar riscos e complicações. Isso converge com a “filosofia” do modelo tecnocrático e tende a desaguar em intervenção cirúrgica.

Inabilidade para administrar distócias

Ao questionar os profissionais do cuidado ao parto sobre a questão da transformação da habilidade clínica obstétrica como elemento contribuinte para a “epidemia” de cesáreas, a quase totalidade deles afirmou que atualmente existe uma dificuldade maior para a condução do trabalho de parto: “acho que falta um pouco de treinamento como para o uso de fórceps, levam rápido pra cesárea para não precisar usar o fórceps, eu acho que estão muito voltados para a cirurgia atualmente” (E11TF); “acredito que o obstetra está se tornando cada vez mais habilidoso no procedimento cirúrgico do que na habilidade de conduzir o trabalho de parto, estamos perdendo coisas básicas da condução do trabalho de parto” (E4MM); “houve uma época em que o modelo não era o cirúrgico e se usava muito outras habilidades e procedimentos não tão invasivos quanto a cesariana” (E2MF) e também “se você tiver uma paciente com período expulsivo prolongado e você não tiver condições de passar um fórceps, vai acabar levando pra cesárea” (E6MF).

Segundo Faúndes e Cecatti³⁸, a falta de treinamento dos médicos no atendimento ao parto vaginal está altamente relacionada à preferência pela cesárea como via de parto pelo profissional que realiza o atendimento.

Uma questão citada freqüentemente foi a falta de habilidade para realização de manobras que auxiliam na progressão do trabalho de parto: “alguns profissionais tem dificuldade em realizar algumas coisas como, por exemplo, o fórceps; o parto com apresentação pélvica é outra coisa, então eu acredito que exista uma falta de conhecimento” (E11TF).

Para Fabri e Murta⁷, a cesariana em seus primórdios era acompanhada de altas taxas de morbidade e mortalidade materna, devido às falhas de conhecimentos técnicos. A partir do aperfeiçoamento das técnicas, a cesariana começou a substituir o fórceps e aumentar devido às indicações por apresentação pélvica, entre outros motivos.

Foram apresentados como motivos para não realização dessas manobras não só a deficiência no aprendizado como também o pouco uso rotineiro dessas técnicas: “o que acontece é que usando menos acaba perdendo a prática e se você não sabe aplicar bem pode acabar machucando mais do que ajudando” (E5MF).

Essa afirmação traz à tona o imenso poder que a prática e a habilidade clínica, manual, técnica, perceptiva e psicomotora tem na sustentação da própria prática e na formação (prática) das gerações profissionais dos obstetras. Ou seja, a prática médica tem como que uma “vida própria” ao largo do saber cientificamente posto que, se sustenta em grande parte de si mesma, a partir da vivência cotidiana e da empiria, da segurança e do aperfeiçoamento de habilidades que caminham em certa direção, desenvolvem-se em certos aspectos e se “hipotrofiam” em outros. Esses outros tendem então a ir perdendo presença e sendo subvalorizados progressivamente. Há quase um consenso sobre o ponto de que as habilidades para manuseio conservador das distócias da parturição parecem estar diminuindo em progressão continuada, o que aparece como outro fator alimentador da “epidemia” de cesáreas relacionada aos médicos.

Porém, a transformação da habilidade clínica não foi uma opinião unânime, sendo feita uma vez a afirmação de que hoje em dia os obstetras estão mais habilitados para conduzir o trabalho de parto: “eu acho que hoje em dia a habilidade de condução de trabalho de parto está bem mais segura e habilitada do que antigamente” (E10TF).

Já na questão direcionada pessoalmente para os obstetras questionando se eles viveriam essa transformação na habilidade clínica, se ela acarretou alguma deficiência na sua formação,

apareceram diferentes pontos de vista, na maioria confirmando a hipótese: “eu sofro até hoje, porque como eu venho de um serviço que não alocava fórceps eu tenho essa deficiência” (E2MF) e “afetou sim” (E5MF), sendo citado também que apesar de terem recebido um aprendizado suficiente para a prática adequada, hoje ocorre uma falha na passagem desse conhecimento para os atuais residentes: “eu acho que relativamente eu tive uma boa formação, mas eu sei que agora nós não estamos passando as mesmas coisas para os residentes” (E5MF).

Rattner¹ demonstra em seu estudo que hospitais universitários também apresentam altas taxas de cesárea, dando origem ao questionamento sobre como está sendo o ensino e a aprendizagem da evolução de um parto normal nesses estabelecimentos. Afirma que caso sejam adotadas políticas de re-orientação das práticas de assistência ao nascimento, esses importantes órgãos de ensino não poderão ser excluídos, sugerindo-se a sua inclusão e participação entre os que estudarão o problema e buscarão alternativas de encaminhamento.

Mas também apareceu a resposta de que essa transformação é algo mais recente, e com isso, não afetou a formação dos mais antigos (apesar deste profissional não ser o mais antigo do grupo): “acho que não, acredito que ela seja mais recente que a minha formação” (E4MM).

Riscos

O tema da supervalorização de riscos foi questionado como estando relacionado à medicina defensiva. O medo de processos estaria contribuindo para que pequenos sinais de alerta na avaliação clínica tivessem sua importância superestimada e, por consequência, medidas intervencionistas tomadas sem uma indicação verdadeira.

A valorização exacerbada de exames, como a cardiotocografia, foi citada como contribuinte desse processo: “eu vejo que os residentes ficam muito assustados com essa decisão, cardiotocografia, pode estar tratando uma alteração mínima de cardiotoco e já faz o diagnóstico de sofrimento fetal” (E4MM) e também: “se valoriza muito uma cardiotocografia alterada sem se considerar outros parâmetros, mostrando que o diagnóstico de sofrimento fetal agudo depende de uma avaliação mais adequada” (E8EF). Para Davis-Floyd³⁵ essa supervalorização de riscos faz parte do processo de aprendizado das escolas médicas do sistema tecnocrata, que considera a informação mais valiosa a que vem de máquinas de alta tecnologia consideradas essenciais para uma boa prática de cuidados de saúde. A falta de habilidade clínica foi citada nas entrevistas como sendo decisiva na supervalorização de riscos:

toda a classificação de riscos é questionável, toda, qualquer que seja a classificação de risco é muito questionável, você tem que lidar com o risco de uma forma dinâmica e entendendo a cultura em que você está vivendo, então os critérios de classificação de risco obstétricos já foram testados e eles tem uma sensibilidade muito baixa, tem que tomar cuidado quando você fala em classificação de riscos, agora, sem dúvida nenhuma, na medida em que você está recebendo cada vez menos informações adequadas você vai enviesando sua capacidade de julgar; se você é bom clínico, se você teve bom aprendizado, se você tem uma boa técnica clínica obstétrica, você vai esticar muito mais os seus partos, ou seja você não vai intervir precocemente, você vai usar tudo aquilo que aprendeu para tentar o parto normal assim mesmo, se você não teve esse treinamento teu critério de risco muda completamente, qualquer que seja o risco, por mais baixo que seja, na medida que você não se garante você opera (E1MM)

Desejo das pacientes

Ocorrendo mais comumente em ambientes de maternidades privadas, a cesariana devido à vontade da paciente de não passar pelo trabalho de parto foi um tema muito prevalente dentre as respostas dos entrevistados, apesar de não fazer parte das questões da entrevista. O desejo da paciente apareceu nas entrevistas como sendo um motivo pelo qual os obstetras realizam cesáreas sem indicação: “existe aquele lado onde a paciente deseja e há uma convivência do profissional que está ali” (E2MF) e “em primeiro lugar, hoje a grande maioria das mulheres, das pacientes, elas vem com a idéia de fazer cesariana” (E4MM).

Estudos pesquisando este tema, porém, não tem corroborado a opinião comum de que as mulheres desejariam majoritariamente o parto cesáreo^{6,8,11,12,13}. Vários estudos mostram que a grande maioria das mulheres considera o parto vaginal melhor, mais seguro, sendo sua via preferencial para o nascimento. Em Porto Alegre, Natal, Pernambuco, São Paulo e Jundiaí estudos mostraram que as mulheres estão menos interessadas na cesárea do que a percepção popular e as opiniões médicas sugerem^{6,8,11,12,13}.

Segundo Faúndes e Cecatti³⁸ há um equivoco quanto à via de parto preferida pelas mulheres, que é majoritariamente a via vaginal e não a cesárea, como os médicos supunham. Em seu estudo houve uma total discrepância entre os motivos que os médicos percebiam como razão para preferir o parto cesáreo e a opinião expressada pelas mulheres. Graham et al.⁴⁴, com base nos dados de sua pesquisa, afirmam que a maioria das mulheres que participaram do estudo não queria ter parto cesáreo, o que contrasta com a noção de valorização cultural que tem sido afirmada pelos obstetras. E constata que, dentro do universo em que foi feita a pesquisa, a

cesárea a pedido da mulher, relatada pelos profissionais do cuidado ao parto, parece refletir mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes.

O desejo das pacientes também foi indicado pelas entrevistas como uma indicação de cesárea nos casos em que os profissionais acreditam que a mulher tem o direito de escolha sobre a via de parto: “há uma grande quantidade de obstetras que acredita que a mulher tem direito a escolher a via de parto” (E2MF). Alguns autores, baseados no direito de escolha da mulher, afirmam que o aumento das taxas de cesárea podem ser secundárias à opção da parturiente^{45,46,47}. Negar o parto cirúrgico a mulheres que desejam ser submetidas à cesariana seria, portanto, negar-lhes o direito de controlar seus corpos; em que pese o fato de, segundo esses mesmos autores, poucas mulheres preferirem os partos via cesárea. O principal argumento atualmente utilizado pelos que defendem o parto cesáreo como opção é que a escolha pode ser da mulher, e que ela tem o direito de decidir qual a via de parto de sua preferência³⁴. Caberia ao médico somente aceitar a decisão de sua cliente. Este argumento supõe que a grande maioria das mulheres preferiria a cesárea ao parto vaginal e o médico simplesmente acataria tal decisão, não valorizando as suas reais indicações. Nesse mesmo sentido, Freitas e Grassi²¹ encontraram em seu estudo que para a parturiente e sua família, a cesariana significa acesso a atendimento médico diferenciado (parto sem dor, ausência de asfixia ao nascimento, sexualidade preservada).

Azevedo e Queiroga⁴¹ também argumentaram que os médicos passaram a justificar a prática de cesáreas desnecessárias com base no princípio do direito da mulher ao poder e controle sobre o próprio corpo. Conforme essa interpretação, é o desejo feminino que determina o tipo de parto, e não o poder de promoção, legitimação e divulgação dos médicos. Nota-se, ainda, em Oliveira e Riesco³⁶, que a expectativa para a maioria das mulheres (74,7%) era de que o parto fosse normal, atingindo quase o triplo, quando comparado à cesárea (25,3%). Estudo semelhante, realizado com setenta e uma primíparas na cidade de São José do Rio Preto, resultou que 50,7% das mulheres tinham expectativa de realizar o parto normal, apesar da "cultura da cesárea" existente naquela cidade, que é conhecida como a campeã desse procedimento no Estado de São Paulo.

Medicina defensiva

A medicina defensiva, como sendo outro fator contribuinte para um incremento no número de cesarianas, foi exposta de diferentes maneiras, predominando a de que atualmente,

pelo número crescente de processos, ela estaria se incorporando ao raciocínio clínico: “os processos existem e hoje em dia estão cada vez maiores, então tem alguns médicos que partem pra essa linha de pensamento, e com isso no primeiro problema que a gestante apresentar durante o trabalho de parto eles já levam pra cesárea” (E9EF).

A opinião de que o medo de processos não faz parte da prática clínica ou que sua interferência é irrelevante também foi citada, porém em menor número: “pode interferir, mas provavelmente seria uma interferência muito pequena, agente não tem dados aqui no Brasil para avaliar isso” (E1MM). Segundo Carniel e Zanolli⁴⁷, a análise de fatores de risco para a ocorrência de cesariana sugere que sua indicação não parece somente se basear em normas técnicas, dentre as outras indicações apontadas pelo estudo aparece o medo de responsabilização jurídica.

Outro ponto importante comentado pelos entrevistados foi o de que processos existem tanto pela não realização de cesáreas como também por complicações advindas desse procedimento cirúrgico: “tanto da população quanto do médico existe a impressão enganosa que fazendo uma cesariana ele vai estar se livrando de um processo, isso também é enganoso porque existem processos devido a cesarianas, devido a complicações que afetem a mãe no pós-parto” (E2MF).

Interferindo também na prática obstétrica, ainda relacionada à medicina defensiva, existe o fato das ameaças feitas pela gestante e pelos familiares durante o trabalho de parto: “tem paciente que já chega ameaçando que se acontecer alguma coisa vai processar” (E6MF) e “eu acho que o médico acaba indicando uma cesariana desnecessária por pressão da paciente e por pressão familiar” (E3MM), esse desejo das pacientes aparece nas entrevistas não só como um dos fatores relacionados ao medo de processos como também, como sendo um dos grandes contribuintes para a “epidemia” de cesáreas.

Quando questionados sobre a medicina defensiva na sua prática diária, o grupo dos obstetras apresentou variadas hipóteses sobre o grau de influência em sua prática profissional. A opinião que interfere de maneira menos importante, só sendo cogitada em situações especiais: “tem uma hora que interfere, você vê que pode acontecer alguma coisa, porque tem situações de risco, como um trabalho de parto muito prolongado, então o medo nessas horas pega, isso aí é inevitável” (E5MF) e também a de que não representar interferência alguma: “nada” (E1MM) tiveram mais expressão entre as respostas dos entrevistados. Aparecendo também nas entrevistas,

porém em menor proporção, a concordância de que ela afeta a prática diária e também é fator predominante nas decisões: “com certeza, atualmente é o que mais influencia na minha prática” (E6MF).

Segundo Kloetzel²⁸, uma associação médica estadual (AMRIGS) já chegou a ponto de editar um folheto que busca ensinar ao associado a melhor maneira de praticar uma medicina defensiva. O autor segue afirmando que considera esse manual um equivoco grosseiro, alarmista, além de faltar com respeito ao ser humano: para o autor, os recursos aos tribunais só se tornarão uma “epidemia” se permitirmos que o ato médico vire uma mercadoria, ficando assim comum o cliente insatisfeito com os resultados querer ressarcimento pelos danos reais ou imaginários. Para Kloetzel²⁸ não devemos considerar médicos e pacientes como inimigos e para que seja possível evitar processos por má prática médica, segue expondo a importância da elaboração de um prontuário completo. O autor também menciona a importância do consentimento esclarecido, sendo esse um direito de informação ao qual o paciente tem o direito de acesso e finaliza suas recomendações dando um lugar de destaque para a relação médico-paciente, expondo essa relação como ponto fundamental para a prática de um bom médico.

A questão da medicina defensiva ainda surgiu como sendo a experiência que mais influencia na prática atual de cuidado ao parto: “como eu trabalho agora foi o processo que eu tenho, ele fez eu mudar o atendimento que eu dou às minhas pacientes” (E6MF). Essa entrevistada, que parece ter sobrevalorizado o medo dos processos e sua influência nas suas condutas clínicas, dado que viveu pessoalmente o drama de um processo desse tipo, mostra de um modo extremo a tendência geral de que esse “medo” parece estar se insinuando entre os profissionais obstetras.

Usando as categorias de Fleck²⁴, pode-se notar que essa influência de uma possibilidade de conflito social (e ruptura total da relação médico-paciente) é um exemplo típico das influências do meio social, exotérico, na prática clínica em ambiente formador de profissionais (sócio-epistemologicamente intermediário, especializado, mais esotérico). Poucos dados a respeito existem no Brasil, mas pode-se considerar que apesar de o número de litígios médicos no país ser muito menor do que se imagina em geral, e as decisões judiciais terem se pautado por uma postura que nem de longe poderia ser acusada de “perseguidora” dos médicos, segundo Kloetzel²⁸, parece haver um imaginário comum, que apareceu nas entrevistas, de um certo medo instalado ou em instalação entre muitos dos profissionais médicos.

Experiências poderosas

Outras influências do ambiente exotérico sobre a clínica dos entrevistados apareceram quando dos questionamentos sobre qual a experiência que mais influenciou na sua prática atual e sobre a questão de se praticavam o que tinham aprendido na sua formação profissional.

Surgiram como experiências mais determinantes na atual prática de cuidado ao parto as histórias dos partos dos próprios filhos: “meus próprios partos” (E2MF) e ainda: “indiscutivelmente os partos dos meus filhos” (E1MM).

A formação durante a graduação e pós-graduação e o trabalho na maternidade também foram apresentadas como experiências marcantes: “o que eu aprendi na minha residência com meus professores” (E5MF), “a única experiência que eu tive foi em minha residência” (E3MM) e: “na realidade o que mudou minha visão sobre a obstetrícia foi a prática no hospital universitário” (E2MF).

Já sobre a conduta prática atual, nem todos profissionais seguem o que lhes foi ensinado durante a graduação. Questionados sobre o fato de se hoje eles praticam o que aprenderam durante o aprendizado formal, cerca de um terço dos profissionais afirma que sua prática atual não condiz com os ensinamentos passados durante a graduação e pós-graduação: “hoje não, porque o meu formal sempre foi direcionado pra sempre complicar, a minha formação foi muito intervencionista” (E2MF), “não, eu pratico o que eu vivencio e aprendo durante meu trabalho aqui no HU” (E9EF) e “absolutamente nada” (E1MM).

O restante dos entrevistados afirmou praticar o que aprendeu durante sua formação: “procuro praticar o que me foi ensinado a luz da evidencia científica” (E3MM), “pratico, não acho que mudei muito” (E5MF).

A questão direcionada exclusivamente para os obstetras sobre se eles possuem uma taxa adequada de cesáreas levando-se em consideração a taxa preconizada pela OMS, apenas um dos seis profissionais entrevistados respondeu que sim: “abaixo do recomendado pela OMS” (E1MM), todos os outros obstetras afirmaram que suas proporções de cesáreas são mais elevadas que os números indicados como ideais: “não, é acima do preconizado” (E5MF) e “não, é muito mais alta do que o ideal, no particular de três a quatro vezes mais e aqui no HU um pouco menos que isso” (E6MF).

Fabri e Murta⁷ concluem no seu estudo, comparando as condutas tomadas em um hospital escola e um hospital particular, que as principais indicações de cesariana nos dois hospitais são as mesmas, entretanto, a maior proporção de cesariana iterativa e distócia de apresentação ocorreram no hospital privado, provavelmente ligadas a fatores médicos.

Sugestões para combate à “epidemia”

Finalizando a entrevista, quando questionados sobre o investimento que fariam visando o estabelecimento de taxas de cesárea mais próximas do preconizado pela OMS, o discurso dos profissionais manteve-se praticamente centrado nas questões de investimentos em formação da equipe de cuidado ao parto, incluindo médicos, na analgesia, no pré-natal e na boa orientação para as gestantes, mulheres e sociedade em geral.

Quanto à formação e atuação da equipe, apareceu a sugestão da existência de um profissional não-médico para acompanhamento da parturição normal, que acessasse o médico apenas se necessário

eu acho que precisaria ter uma equipe boa no sentido de, por exemplo, os médicos quando fossem pra uma clínica tivessem uma profissional que acompanhasse o trabalho de parto, uma profissional que também tivesse formação, uma equipe que acompanhasse e aí sim se precisasse de uma intervenção chamassem um médico (E2MF)

Tedesco³⁴ conclui que são necessários ações especiais desempenhadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde durante o pré-natal, por meio de orientações e informações, visando diminuir a ansiedade e a insegurança, além de proporcionar maior relação interpessoal entre profissional de saúde e paciente. Sugere que para isso deva ocorrer a criação de atividades educativas em grupo e participação das mulheres nos programas de preparo ao parto nos serviços de atendimento básico.

Bezerra e Cardoso⁴⁸ em sua pesquisa afirmam que os profissionais da enfermagem, com o objetivo de atuar de forma eficaz e satisfatória durante o trabalho de parto e parto, devem manter com a mulher uma relação de ajuda, tendo em mente o objetivo materno, e adotar atitude de fortalecimento da habilidade da parturiente.

Outro ponto citado nas entrevistas foi o investimento na formação médica: “[eu investiria] acho que na formação, existe uma deficiência na formação” (E9EF). Tedesco³⁴ sugere que quanto às escolas médicas, seja essencial quebrar a resistência cultural começando por

mudança na formação do estudante de medicina, através de seus mestres, ao retomarem os ensinamentos da tocurgia. Prossegue afirmando que cabe ao médico questionar cada indicação para realização de uma cesárea, para assim buscar o aprimoramento e destreza nos procedimentos obstétricos, conhecendo melhor a fisiologia do trabalho de parto e do próprio parto e ajustando sua conduta aos imperativos da ética no exercício da profissão médica.

Outro ponto que necessitaria de investimento, segundo os entrevistados, seria durante as orientações do pré-natal: “eu acho que no pré-natal, na orientação das pacientes, preparar elas para o parto, elas chegam totalmente despreparadas” (E5MF) e “primeiro, mais orientações no pré-natal” (E10TF).

Carvalho e Fernandes⁴⁹ demonstram que o número de consultas de pré-natal, quando inferior ao indicado pelo Ministério da Saúde, atua como fator de risco para a realização de cesárea. Silveira e Santos⁴⁰ afirmam que o esclarecimento sobre as vantagens e desvantagens de todas as práticas existentes para o atendimento ao parto, principalmente para as mães de primeiro filho, pode diminuir o medo do parto vaginal, aumentar o entendimento dos riscos de uma cirurgia sem indicações médicas e, conseqüentemente, diminuir as taxas de cesarianas.

Freitas e Grassi²¹ demonstram que o atendimento pré-natal pode ser um espaço importante para mudança de atitudes em relação ao parto. Desmistificando as vantagens da cesariana e revertendo crenças de efeitos negativos do parto vaginal sobre a mãe e o recém-nascido é possível que diminua a ansiedade da mulher em relação ao parto e aumente sua confiança na capacidade pessoal para o parto vaginal.

Um ponto citado, apenas uma vez, foi o de investir em técnicas que melhorem as condições da mulher durante o trabalho de parto, como a analgesia: “existe uma coisa que é importante que é a analgesia que isso não é adequado, agente fala em humanização de parto, mas pra mim parto humanizado é parto sem dor também” (E4MM), Bio e Bittar⁵⁰ descrevem que a anestesia peridural, a raquianestesia ou o duplo bloqueio oferecem um efetivo alívio para a dor durante o trabalho de parto e para o período expulsivo, facilitando as condições para o parto vaginal. Segundo, Faúndes e Cecatti³⁸, a dor do parto é citada indiretamente pelos médicos como sendo uma das causas da alta taxa de preferência pela cesárea. Angulo-Tuesta e Barbosa⁴² constatarem em seu estudo que o não uso rotineiro de técnicas de alívio da dor, farmacológicas inclusive, durante o pré-parto e o parto pode, de modo especial, ter também grande peso na construção do pedido da mulher por um parto cesáreo. Cecatti e Cacheira³⁹ afirmam que a não

realização de analgesia durante o trabalho de parto associou-se a um risco cinco vezes maior de ocorrência de parto cesárea. Quando houve indução do parto, este risco foi de cerca de quatro vezes.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu concluir, preliminarmente, pela correção das hipóteses investigadas: vários fatores relacionados aos médicos estão se fazendo presente na “epidemia” de cesáreas, além de outros fatores. A maioria dos temas que emergiram da pesquisa possui concordância com a literatura sobre o assunto.

A cirurgia cesariana proporciona aos obstetras maior comodidade. Esse procedimento interfere na prática médica por necessitar de menos tempo dedicado, pelo fato de proporcionalmente ser financeiramente mais vantajoso do que o parto normal e de ser possível manter a prática no consultório com maior segurança de cumprimento de horário.

A transformação da habilidade clínica obstétrica é uma realidade em nossas maternidades. Atualmente o enfoque da maioria das escolas médicas, na formação dos obstetras, está voltado para o modelo tecnocrata. Como consequência desse modelo, não há um maior interesse em ensinar de maneira adequada a fisiologia do trabalho de parto. Com menos capacidade clínica o julgamento de situações de risco ficam prejudicadas e tendem a ser supervalorizadas culminando com a realização de condutas intervencionistas. As escolas de obstetrícia formam, cada vez mais, profissionais muito qualificados para a realização de cirurgias e pouco qualificados para o atendimento ao trabalho de parto normal, há uma carência na passagem de conhecimento sobre situações que necessitam de maior conhecimento prático.

Já a medicina defensiva parece estar cada vez mais presente em nosso meio, apesar do litígio médico ainda não ter atingido de forma direta uma grande porcentagem de profissionais. O medo de processos existe e influencia na decisão sobre a via de parto. Em que medida esse fator está contribuindo para a epidemia de cesáreas é uma questão difícil que esse pequeno estudo não pode responder, apesar da evidente atuação favorável nesse sentido.

Apesar de não fazer parte dos objetivos da pesquisa, a questão das pacientes preferirem o parto via cesariana foi mencionada muito freqüentemente pelos entrevistados. Isso reforça a presença e a importância da crença e percepção dos profissionais da atenção ao parto que continuam, na sua maior parte, atribuindo às parturientes e ou suas famílias uma demanda pela cesárea, como se delas fosse grande parte da responsabilidade pela epidemia de cesáreas. Tal demanda, todavia, não encontra correspondência e não se sustenta à luz dos resultados dos estudos voltados para esta questão. Ao contrário, há convergência nesses estudos sobre a preferência pelo parto normal pelas mulheres. Isso sugere ser esse um possível foco para trabalho educativo com os profissionais em formação e já praticantes.

A contenção dessa “epidemia” de cesáreas parece carecer de investimentos na formação dos profissionais envolvidos no cuidado ao parto, tanto médicos quanto enfermeiros e técnicos de enfermagem. A formação médico-obstétrica necessitaria, obviamente, de redirecionar-se para um modelo clínico-humanístico e menos intervencionista-tecnocrático. Também sugere-se uma maior atenção no pré-natal nas orientações quanto às vantagens do parto normal e quanto às reais indicações da cesariana, preparando a gestante para que na hora do trabalho de parto ela tenha um maior conhecimento sobre o momento que está vivenciando; além de investimentos para melhorar as condições das parturientes durante o trabalho de parto, como é o caso da analgesia. Uma outra possibilidade sugerida é a formação de cuidadores de partos normais não-médicos, apenas mencionada nesta pesquisa e pouco discutida no Brasil.

Por ter se tratado de um estudo restrito a somente uma maternidade e alguns de seus profissionais do cuidado ao parto, sugere-se que outros estudos sejam feitos, devido à necessidade de ampliação a outros locais e envolvimento de mais profissionais para que seja possível chegar mais perto e com mais profundidade da realidade das práticas médicas nas maternidades do nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública 1996 Fev;30(1):19-33.
2. Pires HMB. O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundação de uma população um estudo de coorte retrospectivo em Campinas [Tese Doutorado em Tocoginecologia]. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo;2000.
3. Constance P;2000 [acesso em 2005 Set 24].Disponível em www.iadb.org/idbamerica .
4. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for birth. Lancet, v. 1985;2:436-7.
5. Amaral E. A associação da pesquisa qualitativa com a quantitativa em saúde reprodutiva: uma prazerosa descoberta. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares. Campinas: s/e, 2005:153-166.
6. Potter JE, Hopkins K. Consumer demand for caesarean sections in Brazil Demand should be assessed rather than inferred. BMJ 2002;(7359):325-335.
7. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and caesarean section rates. Int J Gynecol Obst 2002;76:87-88.
8. Bèhague DP. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. Cult Med Psych, 2002; 473-507.
9. Barros FC, Vaughan JP, Victoria CG, Huttly SR. Epidemic of caesarean sections in Brazil. Lancet, 1991;338(8760):167-169.
10. Faúndes AE, Cecatti JG. Operação Cesárea no Brasil: Incidência,Tendência, Causas, Consequência e Propostas da Ação. In: Cad de Saúde Pública 1991;7(2):150-173.
11. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Soc Sci Med 2000; 51:725-740.
12. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Ver de Saúde Pública 2001 Abr;35(2):202-206
13. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
14. Tesser CD. A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização[dissertação de mestrado]. Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP;1999.
15. Tesser CD. Medicalização social (I): o excesso de sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Aceito para publicação pela revista Interface: comunicação, saúde e educação, Botucatu (SP).

16. Tesser CD. Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas[tese de doutorado]. Campinas: DMPS FCM UNICAMP;2004.
 17. Enkin M, Kierse M, Renfrew M, Nielson J. A guide to EffectiveCare in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford Medical Publications, 1995.
 18. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese de doutorado]. São Paulo: FM/USP;2001.
 19. Gomes UA, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing of caesarean section rate in southeast Brazil: a comparison of two births cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999;28:687-694.
 20. Besiò M. Cesárea versus parto vaginal: una perspectiva ética. *Rev Med Chile* 1999; 127:1121-5.
 21. Freitas PF, Drachler ML, Leite JC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005 Out;39(5).
 22. BSRM - Boletim Saúde Reprodutiva na Mídia. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Junho, 2000.
 23. Jucá L, Moulin N. Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo, Cortez 2002.
 24. Fleck L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
 25. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1992.
 26. Wagner M. Confessions of a Dissident. In: Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives. Davis-Floyd R, Sargent C, editors. Berkeley and Los Angeles: University of California Press;1997. p.366-395.
 27. Kitzinger S. Authoritative Touch in Childbirth. In: Childbirth and Authoritative Knowledge - Cross-Cultural Perspectives. Davis-Floyd, R;Sargent, C, editors . Berkeley and Los Angeles: University of California Press;1997. p.209-232.
 28. Kloetzel K. Medicina Ambulatorial: princípios básicos. São Paulo (SP), 1999.Ed Pedagógica e Universitária LTDA.
 29. Minayo MCS, Minayo-Gomes C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2003. p.117-142.
-

30. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
 31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
 32. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70;2004.
 33. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesarianas. Rev Saúde Pública 2000 Abr;40(2).
 34. Tedesco RP, Maia NL, Mathias L. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet 2004 Nov; 26(10):791-98.
 35. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International journal of gynecology and obstetrics 2001;75(1).
 36. Oliveira SMJ, Riesco ML, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Latino-am. Enfermagem 2002 Out;10(5).
 37. Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faundes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labour and caesarean section. Int J Obstetand Gynecology 2001;75(1):59-66.
 38. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJ, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. In Rev Saúde Pública 2004 Ago;38(4).
 39. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HM, Silva JLP, Aquino MM. Fatores associados à realização de cesárea em primíperas com uma cesárea anterior. Rev Bras Ginecol Obstet 2000 Abr;22(3).
 40. Silveira DS, dos Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. In Cad Saúde Pública 2004;20(12).
 41. Azevedo VO, Azevedo AC, Queiroga FL, Azevedo VOF, Araújo AB, Lippo LAM, et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. Rev Bras Ginecol Obstet 2004 Out;26(9).
 42. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto Cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? In Cad Saúde Pública 2003 Nov;19(6).
 43. Barbosa GP, Giffin K, Chor D, Hartz Z, Reis AC, Gama AS, d'Orsi E. Qualidade de atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2005 Ago;39(4):646-54.
 44. Graham WJ, Hundley V, Mccheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. "An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section." British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999;106(3):213-20.
-

45. Showalter E, Griffin A. "Commentary: all women should have a choice". BMJ 1999 Nov; (319):1397-1402.
46. Thomas J, Paranjothy S. Royal "College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit". National Sentinel Caesarean Section Audit Report. RCOG Press, 2001.
47. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação de parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras de Ginecol e Obstet 2007 Jan;29(1).
48. Bezerra MGA, Cardoso MV. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Rev Latino-Am. Enfermagem 2006 Jun;14(3).
49. Carvalho SA, Moraes OB, Fernandes CF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. In Rev Bras Ginecol Obstet 2005 Abr;27(4).
50. Bio E, Bittar RE, Zugaibe M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Ginecol Obstet 2006 Nov;28(11).
-

APÊNDICE I – Roteiro de entrevistas com profissionais médicos

Identificação:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Tempo de formado: _____ Tempo de HU: _____ Tempo de cuidado ao parto: _____
Profissão: _____ Pós-graduação: _____ Outra graduação: _____

Locais em que trabalha: _____

Questões gerais:

- 1 – O que leva um médico a fazer uma cesárea em uma mulher normal?
- 2 – Haveria uma tendência nos médicos a realizarem cesáreas devido ao medo de processos (comitês de mortalidade, processos de pacientes) como forma de proteção, em certas situações? Ou seja: a medicina defensiva estaria se incorporando ao raciocínio clínico e levando a uma tendência de realização de cesáreas?
- 3 – Do seu ponto de vista e da sua experiência, ocorreu nas últimas décadas uma transformação na habilidade clínica obstétrica (na prática e nos saberes dos profissionais médicos) no Brasil que acaba interferindo na decisão sobre a via de parto?
 - a - particularmente sobre a avaliação de riscos
 - b – particularmente sobre a habilidade na condução do trabalho de parto
 - c – se sim, isso aconteceu com os obstetras formadores (professores) e acontece na formação dos residentes atualmente?

Questões específicas:

- Número de filhos: _____ Tipo de partos: _____ Quem fez os partos: _____
- 4 – Qual a experiência que mais influenciou na sua prática atual de cuidado ao parto?
 - 5 – Você pratica o que aprendeu no seu aprendizado formal (graduação, residência, especialização)
 - 6 – Você realiza nas suas pacientes sem risco uma proporção “adequada” de cesáreas?
 - 7 – Questão 2 agora comentada pessoalmente
 - 8 – Questão 3 comentada pessoalmente

Questões finais:

- 9 – Onde você investiria para reduzir as taxas de cesárea?
- 10 - Gostaria de comentar mais algo sobre o tema?

APÊNDICE II – Roteiro de entrevistas com profissionais não-médicos

Identificação:

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Tempo de formado: _____ Tempo de HU: _____ Tempo de cuidado ao parto: _____
Profissão: _____ Pós-graduação: _____ Outra graduação: _____
Locais em que trabalha: _____

Questões gerais:

- 1 – O que leva um médico a fazer uma cesárea em uma mulher normal?
- 2 – Haveria uma tendência nos médicos a realizarem cesáreas devido ao medo de processos (comitês de mortalidade, processos de pacientes) como forma de proteção, em certas situações? Ou seja: a medicina defensiva estaria se incorporando ao raciocínio clínico e levando a uma tendência de realização de cesáreas?
- 3 – Do seu ponto de vista e da sua experiência, ocorreu nas últimas décadas uma transformação na habilidade clínica obstétrica (na prática e nos saberes dos profissionais médicos) no Brasil que acaba interferindo na decisão sobre a via de parto?
 - a - particularmente sobre a avaliação de riscos
 - b – particularmente sobre a habilidade na condução do trabalho de parto
 - c – se sim, isso aconteceu com os obstetras formadores (professores) e acontece na formação dos residentes atualmente?

Questões específicas:

Número de filhos: _____ Tipo de partos: _____ Quem fez os partos: _____

- 11 – Qual a experiência que mais influenciou na sua prática atual de cuidado ao parto?
- 12 – Você pratica o que aprendeu no seu aprendizado formal (graduação, residência, especialização)

Questões finais:

- 13 – Onde você investiria para reduzir as taxas de cesárea?
- 14 – Gostaria de comentar mais algo sobre o tema?

APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PESQUISA MÉDICA

Título do projeto-A influência da decisão médica na “epidemia” de cesárea: um estudo qualitativo com profissionais da atenção ao parto

Objetivo da pesquisa: O objetivo desta pesquisa é investigar a influência das decisões e práticas especificamente médicas, tanto na geração quanto na manutenção desta “epidemia”, bem como possíveis transformações na habilidade clínica dos obstetras brasileiros neste mesmo sentido.

Procedimentos: O único procedimento envolvido na pesquisa será a realização de entrevista(s) gravada(s).

Riscos e desconfortos: não haverá risco envolvido na pesquisa, já que não haverá intervenções. O único desconforto possível será a realização da(s) entrevista(s).

Vantagens: nenhuma vantagem advirá da participação nesse estudo.

Sigilo: toda informação sobre os entrevistados será sigilosa e submetido aos regulamentos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa serão publicados preservando o anonimato dos entrevistados. Se circunstâncias pessoais ou profissionais forem mencionadas, poderão ser um pouco alteradas com o objetivo estrito de manter a privacidade dos mesmos.

Informação adicional: Em caso de dúvidas, esclarecimentos serão obtidos com o pesquisador principal através do telefone (48)3233-2796.

Recusa ou descontinuação da participação. A participação é voluntária e pode ser cancelada a qualquer momento.

Consentimento. Eu confirmo que o Pesquisador Thomaz Rigon explicou-me o objetivo, os procedimentos que serão realizados, riscos e vantagens ou não advindas desse estudo. Eu li e/ou me foi explicado e compreendi esse formulário de consentimento e estou de pleno acordo em participar desse estudo.

_____ Nome do participante	_____ Data	_____ Assinatura
Responsabilidade do pesquisador. Eu expliquei a _____ o objetivo do estudo, os procedimentos adotados e os riscos e benefícios que poderão advir do estudo, usando o melhor do meu conhecimento. Comprometo-me a fornecer uma cópia desse formulário de consentimento ao participante ou responsável.		

_____ Nome do pesquisador principal	_____ Data	_____ Assinatura
--	---------------	---------------------

Pesquisador responsável: Charles Dalcanale Tesser – Prof. Adjunto – CCS/UFSC

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº. 001/2005, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

- 1º. Análise quanto à forma;
- 2º. Quanto ao conteúdo;

- 3º. Apresentação oral;
- 4º. Material didático utilizado na apresentação;
- 5º. Tempo de apresentação:
 - 15 minutos para o aluno;
 - 05 minutos para cada membro da Banca;
 - 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

- 1. FORMA
- 2. CONTEÚDO
- 3. APRESENTAÇÃO ORAL
- 4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____